

Quale “appropriatezza” per la decisione clinica in medicina interna?

Which appropriateness for clinical decision making in Internal Medicine?

R. Nardi*

Medicina Interna, Dipartimento Medico, Ospedale Maggiore di Bologna

Nel sistema sanitario della società postmoderna si assiste a un divario tra bisogni e risorse. Le ragioni di tale fenomeno sono diverse, afferenti a diverse principali categorie di cause:

- il cambiamento del contesto socioeconomico e la crisi del welfare state, insieme all'invecchiamento demografico della popolazione;
- il “paradosso della medicina tradizionale”, concepita e orientata per le malattie acute, ma in un contesto di prevalenza epidemiologica di malattie croniche;
- la gestione non più “esclusiva”, ma “condivisa” (*shared patient*), fra diversi professionisti in un percorso del paziente complesso che richiede una continuità di cura, in diversi ambiti di assistenza;
- la modificazione della struttura della famiglia, che si ripercuote sull'assistenza sociosanitaria;
- il progresso della medicina, sempre più tecnologica e meno improntata a una gestione “filantropica” del paziente (con conseguente *crisi del modello biomedico della malattia*);
- l'aumento delle aspettative di salute da parte delle persone, in relazione a un miglior livello culturale.

L'introduzione di elementi di tipo economico in tema di gestione della salute ha drammaticamente messo in eviden-

za i mutamenti che regolano le relazioni tra i professionisti e, soprattutto, quelli riguardanti la “cura” dei pazienti, imponendo ulteriori elementi di riflessione sul sistema sanitario nel suo complesso. Vanno evidenziate le differenze esistenti tra *spreco*, *risparmio* ed *economicità* (Tab. 1) [1].

“Eliminazione degli sprechi” significa perseguire coerenza tra [2]:

- *scelta delle procedure e delle tecnologie più accettabili ed efficaci*, in relazione al tipo di risposta più verosimile o certa e resa disponibile dalle stesse e al tipo di bisogno/problema alla cui soluzione la risposta è diretta;
- *capacità di assumere le decisioni più appropriate*.

Per ovviare al divario tra bisogni e risorse le strategie teoricamente perseguibili sono diverse: l'ulteriore immissione di risorse, la razionalizzazione/ottimizzazione/economizzazione dei trattamenti, la riduzione della quantità di assistenza (risparmio vero e proprio), la definizione delle priorità che la società decide di darsi (in termini bruti, *razionamento*) [3]. Il tema dell'appropriatezza d'impiego delle risorse, di per sé intrinsecamente contrassegnato da valori etici e indicato come “nuova frontiera” d'interesse medico, appare oggi imprescindibile, meritevole di un approfondimento proprio per le valenze correlate riguardanti sia l'individuo che la società.

Tabella 1 Definizione di spreco, risparmio ed economicità

Spreco	Utilizzo delle risorse che non modifica il risultato, correlato alla: <ul style="list-style-type: none"> • <i>quantità</i> (sottoutilizzazione o sovradotazione) • <i>qualità</i> (con esclusione a priori delle procedure di non comprovata efficacia) • incentivazione all'impiego di <i>procedure</i> nella misura in cui risultino <i>necessarie</i> e, soprattutto, <i>appropriate</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • a volte è inconsapevole, basato sul “modo di fare” • non determina mai valore aggiunto • ha sempre costi indotti, associati anche all'obbligo di controllo
Risparmio	Minor utilizzo delle risorse (quantità di impiego di risorse)	
Economicità	Utilizzo corretto delle risorse (qualità delle risorse impiegate)	

Fonte: Calmer A. Gli strumenti di gestione delle risorse umane in ambito ospedaliero. Jesi: Bossard Consultants, SmithKline Beecham, 1995.

* Corrispondenza:

Roberto Nardi, Medicina Interna, Ospedale Maggiore, largo B. Nigrisoli 2, 40100 Bologna (BO), e-mail: r.nardi@ausl.bo.it

Cosa significa appropriatezza nell'assistenza sanitaria?

Per appropriatezza s'intende comunemente il "livello di assistenza realmente necessaria al paziente che sia il più adeguato alle migliori e più aggiornate prove scientifiche disponibili". Le dimensioni dell'appropriatezza sono schematicamente riportate in **Fig. 1** [4].

In sostanza, due sono gli aspetti fondamentali dell'appropriatezza:

- l'esistenza di *indicazione specifica* nei singoli casi;
- la valutazione del comportamento osservato ("esecuzione") rispetto a un comportamento atteso in base a *standard di conoscenze scientifiche* consolidate, ovvero di *referimenti normativi* imprescindibili.

Nella decisione "appropriata" viene rispettata la *regola delle sei cose giuste*: "la decisione giusta, per la persona giusta, nel momento (anche in termini di tempestività) giusto, da parte del professionista giusto, nella misura giusta, con la documentazione giusta". L'appropriatezza d'uso di procedure, trattamenti e tecnologie realmente utili ed efficaci implica, nella realizzazione delle azioni, competenza e conoscenza (il che presuppone adeguata diffusione delle conoscenze consolidate e l'esclusione delle situazioni di conoscenze parcellari e/o distorte) ed eccellenza degli atti tecnici. La qualità delle azioni deve essere considerata sia rispetto agli obiettivi, che alle modalità di esecuzione (**Tab. 2**).

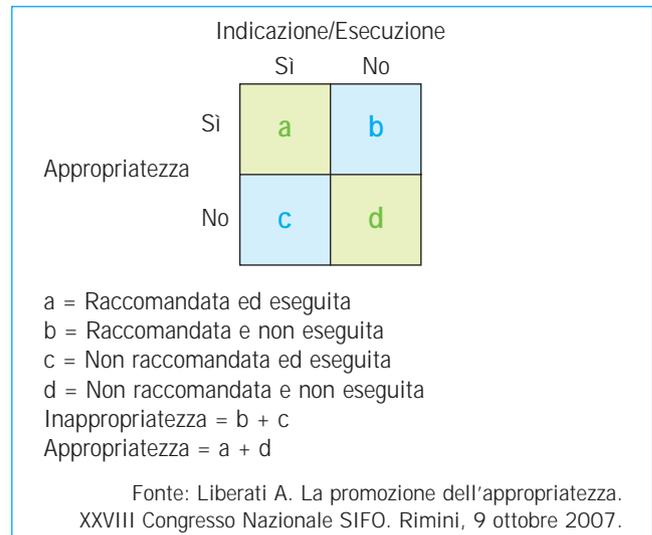


Figura 1 Dimensioni della valutazione di appropriatezza

Tabella 2 Matrice della qualità dell'assistenza

Qualità degli obiettivi	Fare bene cose sbagliate	Fare bene cose giuste
Qualità dell'esecuzione	Fare male cose sbagliate	Fare male cose giuste



Figura 2 Complessità della decisione dell'internista nella diagnosi e nella cura: elementi in causa

L'"incertezza" in Medicina Interna

In molti casi l'internista assume le decisioni in situazioni di incertezza e/o di rischio, in presenza di diversi fattori non strettamente di tipo clinico. La complessità della decisione dell'internista nella diagnosi e nella cura dei suoi pazienti deve tener conto degli elementi in causa, che rendono il giudizio clinico complesso (Fig. 2).

La valutazione del paziente deve avvalersi di contenuti condivisi e validati, attraverso la capacità d'integrare l'esperienza clinica individuale con le prove di *evidence medicine*, a partire da revisioni sistematiche, tenendo conto delle preferenze del paziente.

I "buoni dottori" riescono a utilizzare l'esperienza clinica e le "prove" della letteratura medica qualificata, ma nessuna di queste componenti può essere sufficiente. In molti settori della medicina si trovano numerose e ampie zone grigie, in cui esiste incertezza sull'efficacia di un intervento diagnostico-terapeutico e/o delle sue alternative. Ciò non può determinare la paralisi decisionale, perché la *evidence based medicine* richiede di fondare le decisioni cliniche sulle "migliori evidenze disponibili" e non sulle "migliori evidenze possibili". Il medico deve essere in grado di estrapolare, dal problema del paziente, la strutturazione del quesito prevalente, deve saper individuare la *best avail-*

able evidence, deve possedere la capacità di valutazione critica della validità e trasferibilità delle informazioni (*critical appraisal*).

Nella valutazione dell'*efficacia clinica* delle scelte d'intervento l'internista dovrebbe sempre chiedersi *se queste funzionano*, producendo più effetti positivi che negativi (*efficacy*), se funzionano nelle circostanze di pratica clinica abituale (*effectiveness*) e se "ne vale la pena", considerando gli effetti prodotti in relazione alle risorse utilizzate (*efficiency*) e ai rischi potenziali (*risk management*).

Bibliografia

- [1] Calmer A. Gli strumenti di gestione delle risorse umane in ambito ospedaliero. Jesi: Bossard Consultants, SmithKline Beecham, 1995.
- [2] Zanetti M. La managerialità del primario medico. In: Incontri clinici in Medicina Interna. Salsomaggiore Terme, 19-21 giugno 1997.
- [3] Ottoson JO. Limitare la spesa sanitaria: un punto di vista etico. In: Sanità e welfare in Europa: nuovi modelli d'integrazione tra sistemi pubblici, sistemi privati ed economia sociale. Bologna, 10-11 ottobre 1997.
- [4] Liberati A. La promozione dell'appropriatezza. XXVIII Congresso Nazionale SIFO. Rimini, 9 ottobre 2007.